Stanford University Libraries 1904

# Die Colporrhaphia fusiformis

## und deren Ergebnisse.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der hohen medizinischen Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg

vorgelegt

von

**Friedrich Renz**

appr. Arzt

aus

**Waibstadt.**

Dekan:
Hofrat Prof. Dr. Kraepelin.

Referent:
Geheimrat Prof. Dr. Kehrer.

**Heidelberg.**
Universitäts-Buchdruckerei von J. Hörning.
1903.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153311_0247

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Die Zahl der Operationsmethoden zur Beseitigung des Prolapsus vag. ist in den letzten Jahren fast ins Ausserordentliche gestiegen, immer und immer wieder begegnet man in den gynäkologischen Zeitschriften neuen Methoden. Es beweist dies einerseits, wie sehr die Gynäkologen bestrebt sind, diese sehr lästige Krankheit zu beseitigen, andererseits jedoch geht aus dieser Tatsache klar hervor, dass die vorhandenen Methoden nicht in allen Fällen den gewünschten Erfolg aufzuweisen haben. Fragen wir nach dem Grunde, so liegt die Schuld nicht allein an den Operationsmethoden, sondern zum grössten Teile an Verhältnissen, die der Operateur wohl oder übel bei der operativen Behandlung des Prolapses in Kauf nehmen muss, und die wohl auch für immer die Prognose jeder Prolapsoperation etwas trüben werden. Dazu gehört vor allem das oft vorgerückte Alter der mit Prolaps behafteten Frauen und die damit zusammenhängenden Veränderungen, wie Schwund des Fett- und elastischen Gewebes. Ferner kommt hinzu, dass die Prolapsoperation in einer Gegend angreift, die durch wiederholte Schwangerschaften und Geburten so tiefgreifende Veränderungen in physiologischer und pathologischer Richtung erlitten hat und zwar infolge der sehr häufigen meist nicht zu vermeidenden Verletzungen und Entzündungen und sekundären narbigen Veränderungen, wie sie kaum an einem andren menschlichen Organe zu beobachten sind. Man denke nur an die enorme Dehnung der Uterusbänder, an die Gewalt, mit der der Uterus während des Geburtsaktes nach unten gedrängt wird, mit der Cervixwände, Scheide und Damm gedehnt werden, man denke an die bei fast keiner Geburt fehlenden Portiorisse, an die sehr häufig vorkommenden Dammrisse, die in den meisten Fällen nicht behandelt werden, an alle andern Schädlichkeiten, die die weiblichen Genitalien zu erleiden haben, wie die Wirkung des Uterussecretes, das

Pressen, der häufige Coitus etc. — so ist leicht begreiflich, dass an diesen Organen die Heilungstendenz geringer wird, dass hier eine plastische Operation schwerer dieselben Erfolge erzielen kann, wie an andern Organen. Ein dritter Faktor, der häufig Recidive nach Prolapsoperationen bedingt, ist die soziale Stellung der Patientinnen. Das Hauptkontingent der mit Prolaps behafteten Patientinnen stellen die ärmeren Volksklassen; die ungünstigen Lebensbedingungen, die schwere körperliche Arbeit, die mangelhafte Ernährung und Pflege in und nach Wochenbetten, insbesondere zu frühes Aufstehen nach denselben sind meist unvermeidbare Verhältnisse, die im günstigsten Falle den Erfolg einer Prolapsoperation sehr beeinträchtigen, wenn nicht ein Recidiv nach sich ziehen.

Doch tragen die eben angeführten Ursachen nicht allein die Schuld an der Schwierigkeit der dauernden operativen Beseitigung des Prolapses, sondern ein nicht geringer Teil der Schuld ist unzweifelhaft auch auf Rechnung der mehr oder weniger ausgebildeten Aseptik und Technik zu setzen, wie in den mitgeteilten Statistiken aus der stetigen Besserung der Erfolge der Prolapsoperationen in den letzten Jahren klar zu ersehen ist.

Bevor ich nun zur Beschreibung der von Herrn Geheimrat Professor Dr. Kehrer angegebenen Colporrhaphia fusiformis übergehe, sei es mir gestattet einen kurzen Ueberblick über die Entwicklung der Colporrhaphie zu geben unter besonderer Berücksichtigung der zur Zeit gebräuchlichsten Prolapsoperationsmethoden, um nachher ein vergleichendes Urteil bilden und den Fortschritt, den die Colporrhaphia fusiformis in der operativen Therapie des Prolapses bedeutet, feststellen zu können.

Obgleich schon im griechischen und römischen Altertum, wie wir von Hippokrates, Celsus und Aristoteles wissen, der Prolaps eine sehr bekannte und auch behandelte Krankheit war, obgleich wir auch im Mittelalter diese Krankheit beschrieben und von einigen Aerzten, wie z. B. von Rodericus a Castro, Alberti Battoni und andern behandelt finden, so gewann doch eigentümlicherweise erst zu Anfang des 19.

Jahrhunderts die operative Behandlung des Prolapses wissenschaftliche Grundlage. Gérardin war es, der im Jahre 1823 die Operation in die Behandlung des Prolapses einführte durch Anwendung des Glüheisens, indem er die Vaginalwände an zwei gegenüberliegenden Stellen ätzte, die er dann zusammenheilen liess. Einige Jahre später, 1830, wurde dann von Wende die sogen. Hymenorrhaphie vorgeschlagen, die gewissermassen in einer Neubildung des Hymens bestand und verhindern sollte, dass die prolabierte Partie vor den Introitus Vaginae trete. Die Episiorrhaphie, die zur selben Zeit, etwa anfangs der 30iger Jahre von Frike empfohlen wurde, bestand in einer Vereinigung der unteren Drittel der grossen Labien nach halbmondförmiger Anfrischung am hinteren Umfang des Vorhofes und der Scheide, sodass auch hier infolge der Verengerung der Schamspalte der Prolaps nicht vor den Introitus hervortreten sollte. Ähnliche Operationen schlugen Malgaigne, Kiwisch, Scantoni, Brown und andere vor. Auf demselben Prinzipe beruhen Methoden, die besonders von Heyfelder und Schieffer vertreten wurden; diese zogen ein oder mehrere Ringe in querer Richtung durch beide Labien, um das Vorfallen der Genitalien vor den Introitus zu verhindern.

I. Während die eben aufgezählten Operationsmethoden durch Verengerung des Vorhofs und des Scheideeingangs den Vorfall zurückzuhalten versuchten, wurde mit der Empfehlung der sogenannten Colpodesmorrhaphie die Retention des Prolapses durch Verengerung der Scheide selbst angestrebt. Zu diesem Zwecke wurden verschiedene Ätzmittel verwendet, die eine Narben-Kontraktion der Scheidewände verursachen sollten: So ätzte Philipps mit rauchender Salpetersäure, andere Operateure besonders mit Chlorzink, Laugier mit Argentum nitr., Dieffenbach, Henning und Velpeau zogen mit dem Glüheisen Längsstreifen auf die Vaginalwand, Simon erzeugte mit demselben Instrument ringförmige Schorfe im Scheidengewölbe, Chipendale verwendete sogar Trippergift (!), um eine entzündliche Narben-Kontraktion der Vagina zu erreichen. Eine andere Art, die Scheide zu verengern und dem Vorfalle ein Hindernis in den Weg zu legen, erfanden Bellini und Blasius,

indem sie 3—4 Silberdrahtringe unter die Schleimhaut der Vaginalwände zirkulär tabaksbeutelartig einführten und so das Scheidenrohr nach Belieben verengern konnten, eine Methode die später dann von Freund jr. bei Prolaps alter Frauen angewendet wurde. Gubaroff in Dorbat suchte durch Umschnürung der ganzen vorderen Vaginalwand mittels eines unter der Schleimhaut frontalverlaufenden Fadens eine Schrumpfung dieser Wand zu erzielen und erhielt einen den Columnae rugarum ähnlich gefaltete halbmondförmige Narbe.

Es ist wohl klar, dass mit all diesen aufgezählten Methoden kaum ein wesentlicher Erfolg erzielt werden konnte. Erst als man anfing, auf dem Grunde der anatomischen Veränderungen den Prolaps operativ anzugreifen d. h. das Messer zu gebrauchen, Scheidenstücke auszuschneiden (Deundieren) und die Ränder zusammen zu nähen, wurden die Erfolge befriedigender. Diesen Anfang machten Sims, Marshal-Hall und Emmet durch Empfehlung der Colporrhaphie; sie erstrebten die Verengerung der Vagina durch Excision von elipsoiden oder dreieckigen Schleimhautlappen und direkte Vernähung der Wundränder zuerst der vorderen, später auch der hinteren Vaginalwand. Diese ursprüngliche Colporrhaphie erlebte besonders in den letzten Jahren unzählige mehr oder minder vorteilhafte Modifikationen, von denen im Folgenden die gebräuchlichsten Formen, die heutzutage noch Anwendung finden, erwähnt werden mögen: Als erste sei die Colporrhaphia posterior von Simon genannt; sie besteht in einer fünfeckigen Anfrischung der hinteren Scheidewand; die Spitze des Fünfecks liegt unter der Portio, die Basis befindet sich an der hinteren Commissur der Labien und ist nach unten convex ausgebogen, die Wundränder werden in querer Richtung durch doppelreihige Naht vereinigt. Der Zweck der Operation ist, durch Verengerung des oberen Scheidenteils und durch Narbenbildung an der hinteren Vaginalwand, sowie durch Verbreiterung des Dammes ein Herabtreten des Uterus und der Scheidewände zu verhindern.

II. Colpoperineorrhaphie von Hegar-Kaltenbach. Hegar führt ebenso wie Simon einen nach unten con-

vexen Bogenschnitt am vorderen Rand des Dammes, zwei weitere Schnitte beginnen an den Endpunkten dieses horizontalen Bogenschnitts und treffen sich nach oben convergierend dicht unterhalb der Portio auf der hinteren Scheidewand, die Wundränder werden in querer Richtung durch einfache Knopfnähte von Seide vernäht. Der Zweck der Methode ist, den Damm um die halbe Basis des excidierten Dreiecks zu verlängern, die überschüssigen Partien der hinteren Scheidewand zu entfernen, dann hintere Scheidewand und Damm so zu erhöhen, dass eine solide Querbrücke hergestellt wird, die die Portio zurückhält.

III. Bischoff's Colpoperineoplastik. Bischoff suchte angesichts des öfters sich einstellenden Klaffens der Wundränder bei dem Hegar'schen Verfahren am Scheideneingang durch Bildung eines zungenförmigen Lappens der hinteren Vaginalwand mit oberer Basis und Annähen der Ränder dieses Lappens an die seitlichen Wundränder einem Klaffen vorzubeugen.

Es war dies der Anfang zu der symmetrischen bilateralen Excision, welche dann späterhin von Freund und Martin weiter entwickelt wurde. Dabei wurde die Columna rugarum posterior grösstenteils erhalten und zur Erhöhung des Septum rectovaginale benützt. Freund senior setzte zwei Dreiecke, mit den Spitzen nach oben, an der Grenze zwischen der hinteren und seitlichen Vaginalwand auf die breite Denudationsfläche des Dammes. Martin ersetzte diese Dreiecke durch Ausschneiden von zwei parallelen Längsstreifen. Bei all' diesen symmetrisch bilateralen Methoden entsprach die Wundlinie nach der Nahtvereinigung einem Y.

Auch die von Herrn Geheimrat Kehrer früher angegebene Colpocheilorrhaphie (s. Inaugural-Dissert. v. Richard Landfried über operative Behandlung des Prolapsus uteri et vaginae. Heidelberg, 1891) wird in ähnlicher Weise ausgeführt. Er schneidet aus der hinteren Vaginalwand einen langen, breiten, spitzbogenförmigen Lappen mit der Basis am Damm aus; die Vulva wird darauf in der Weise angefrischt, dass beiderseits aus den Schamlippen Dreiecke mit der Spitze nach

oben entfernt werden, deren einer Schenkel mit den unteren Endpunkten der genannten spitzbogenförmigen Schnittlinie zusammentreffen, deren andere Schenkel sich gegenseitig zu einer nach unten convexen, an der Grenze zwischen Damm und hinteren Scheidenwand hinziehenden Schnittlinie vereinigen. Die Wundränder werden in querer Richtung vernäht.

Neben diesen eben aufgezählten und allgemein gebräuchlichen Methoden existieren noch sehr viele andere. Fast jeder Operateur hat sich durch kleinere oder grössere Modifikationen der genannten Methoden seine eigene zurecht konstruiert. Hingewiesen sei noch kurz auf die Modifikationen von Frank, Schröder, Lawson Tait und Fehling (Ausschneiden zweier paralleler Längsstreifen an der vorderen Vaginalwand unter Verschonung der Columna), die auch öfters angewandt werden, jedoch keine allgemeine Aufnahme gefunden haben. Ein etwas abweichendes Princip liegt der Methode von (Neugebauer) Lion zugrunde; es werden dabei an der vorderen nnd hinteren Scheidewand (in der Mitte) entsprechende Vierecke angefrischt und die Wundflächen durch sagittale Nähte aneinandergelegt; dadurch entsteht ein breites, medianes Septum vaginae, neben welchem kleine Lücken bleiben, durch die der Vorfall nicht wieder herabtreten kann.

Formuliert man ganz im Allgemeinen die Anzeigen, welche eine Vorfalloperation zu erfüllen hat, so sind dies folgende:

1. Verengerung der Scheide auf eine grössere Strecke (Stenosierung der Vagina). Stellen wir uns als Aufgabe, es solle das eine Ende eines Gummischlauches von bestimmter Wanddicke und Länge durch die Lichtung umgestülpt und zum andere Ende wieder herausgeführt werden, also eine vollständige Umdrehung (Inversio der Vagina) hergestellt werden, wie dies tatsächlich bei allen höheren Graden von Gebärmutterscheidenvorfällen geschieht, so ergiebt sich bei Benützung von Schläuchen verschiedenen Kalibers, dass zwar eine Umstülpung bei ganz weitem Lumen möglich, bei einer bestimmten Enge der Lichtung und Wanddicke aber nicht mehr durchführbar ist. Ein vollkommener Scheidenvorfall ist in der Tat eine

vollständige Umstülpung der Scheide. Eine solche wird nach obigen Versuchen unmöglich, wenn man die Scheide bis zu einem gewissen Grade verengert hat.

2. Da die Scheide gerade bei alten hochgradigen Vorfällen ihre bei Jungfrauen normale Trichterform verloren und eine Cylinder- oder gar Kegelform angenommen hat, so muss bei den Colporrhaphien besonders darauf gesehen werden, den Scheideneingang eng, insbesondere den Damm breit, hoch und fest zu machen, was durch ausgedehnte Anfrischung an der Fossa navicularis, an der Innenfläche der Schamlippen und der hinteren Scheidewand erzielt wird.

3. Falls der Uterus durch chronische Entzündung vergrössert und schwerer geworden ist, muss man durch Portioamputation oder Ausschneiden aus den Muttermundslippen den Uterus leichter machen.

4. Sind die breiten und runden Mutterbänder, sowie die Streifen der Beckenfascie, welche von den Beckenwänden zur Scheide und Uterus laufen, sowie die Levatores ani abnorm lang und schlaff, der Uterus gar noch wie so oft in Retroversio oder Retroflexio, so muss der Uterus entweder vaginaefixiert oder ventrofixiert oder durch Verkürzung der Ligamenta rotunda nach Alexander Adam mit dem Fundus hoch oben und vorn hinter der Symphyse befestigt werden.

Dies sind die Aufgaben, welche eine jede Prolapsoperation zu erfüllen hat. Die Lösung dieser Aufgaben wird im Wesentlichen dadurch erreicht, dass man die vorgewölbten, sagen wir kurz einem Kugelabschnitt entsprechenden Wandpartien der Scheide in eine annähernd ebene Fläche zu verwandeln sucht Man kann sich an Gummibällen darüber Klarheit verschaffen, wie man am besten vorgehen soll, um diese Aufgabe zu lösen. Herr Geheimrat Kehrer demonstriert dies im klinischen Unterricht an gewöhnlichen grauen Gummibällen, deren eine Hälfte in verschiedener Weise ausgeschnitten wird.

a) Man schneidet eine Spindel aus, deren Spitzen bis zu der die Mitte des Balls umfassenden Naht reichen, deren Breite danach zu bemessen ist, dass die nach der Ausschneidung übrigen Halbmonde in der Mitte die Breite des halben Kugel-

durchmessers haben, dann vernäht man die Ränder des Ausschnitts querüber. Die Form des Balles ist nun eine elliptische geworden, die Länge der Naht grösser als der ursprüngliche Kugeldurchmesser.

b) Man schneidet aus der einen Hälfte des Gummiballes ein gleichschenkliges Dreieck aus, so zwar, dass die Dreiecksschenkel dem Drittel des Kugelumfangs entsprechen. Werden nun die Ränder wieder zusammengenäht, so nähern sich die übrigbleibenden Flächen einer Ebene mit drei leichten Vorsprüngen.

c) Schneidet man aus der einen Kugelhälfte des Gummiballs ein Quadrat aus und vernäht die Ränder der Lücke wieder, so ist die nunmehrige Kugeloberfläche noch mehr abgeflacht, der beabsichtigte Zweck: Umwandlung der Halbkugel in eine Ebene, vollständig erreicht. Für die Colporrhaphia anterior ist wohl die erste und zweite, aber kaum die dritte der Versuchsmethoden verwendbar und in der Tat auch kaum praktisch verwendet worden. Die dritte Methode könnte jedoch für die Colporrhaphia post. verwendet werden.

Ich gehe nun über zur Beschreibung der von Herrn Geheimrat Kehrer angegebenen Colporrhaphia fusiformis.

Wie bei anderen gynäkologischen Operationen wird auch hier zur Vorbereitung Blase und Mastdarm der Patientin entleert. Hierauf erfolgt eine gründliche Desinfection der Darmgegend, ferner der Vulva und Vagina mit Sublimatlösung.

Die Technik der Operation ist folgende: Nach Herabziehen der mit einer Mousseux'schen Zange gefassten Portio wird aus der Vaginalwand ein grosser spindelförmiger Lappen, in dessen Mitte die Portio steht, umschnitten. Die Schnitte beginnen am vorderen Ende der Vagina, etwa 1 cm. hinter der Harnröhrenmündung und verlaufen divergierend in gerader Richtung, sodass sie etwa 3 cm. seitlich von der Basis der Portio entfernt herbeiführt, ca. 3 cm. rückwärts am unteren Teil der hinteren Vaginalwand spitzwinklich zusammentreffen. Falls der Damm schmal ist, wird keine Spindel ausgeschnitten, sondern es gehen die beiden Seitenschnitte in lateralwärts offenem Bogen

rückwärts bis zur Grenze der Labien, und werden dann die Schnittenden durch einen halbkreisförmigen Commissurenschnitt, wie auch bei andern Methoden vereinigt. Dann löst man die vordere Scheidewand von der Blase in der Richtung von vorne nach hinten ab in der bei der Colporrhaphia anterior auch sonst üblichen Weise. Es ist zweckmässig, nicht den ganzen Lappen der vorderen Scheidewand auf einmal abzutragen zur Vermeidung unnötiger Blutverluste, sondern schrittweise vorzugehen, wie dies vor Jahren von Herrn Geheimrat Kehrer empfohlen ist, so zwar, dass immer nur für drei Nähte denudiert wird. Die Wundränder werden durch oberflächliche und tiefe Quernähte vereinigt (Catgut-, Silber- und Seidenfäden) und auf diese Weise eine mediane Wundlinie hergestellt. Falls ein Divertikel der Blase vorhanden ist, wird es zusammengefalett und mittelst Gazetupfern hoch nach oben zurückgedrängt, worauf man zur Vaginaefixation des Uterus gerade darunter mehrere Quernähte anlegt, welche den supravaginalen Teil des Cervix und den angrenzenden Gebärmutterkörper an die Scheidewandungen befestigen.

Ist man bis zur Portio vorgedrungen, so werden nach deren starken Hervorziehen mit Mousseux'scher Zange beiderseits die Bündel der Vasa uterina an die zurückbleibenden Scheidenwände angenäht, um das Zurückgleiten der Gefässe zu verhüten. Man sticht an einer Stelle circa 1 cm. vom Wundrande entfernt, durch die Scheidenwand, führt die Nadel über dem Gefässbündel bis hart an die seitlichen Wandungen des oberen Gebärmutterhalses, umfasst das Gefässbündel und sticht ein bis zwei Centimeter von der Einstichstelle entfernt abwärts durch die Scheidenwandungen wieder heraus. Nach mässig fester Schnürung dieser beiderseitigen Ligaturen werden die Gefässbündel medianwärts von der Schnürstelle und zwar dicht am Gebärmutterhalse durchschnitten. Sollte es nachbluten, so werden um die einzelnen Gefässe besondere Ligaturen gelegt. Nun löst man das hintere Dreieck von der Spindel ebenfalls ab und vereinigt die Wundränder durch Quernähte; sollten dabei Douglasfalten eröffnet worden sein, so schliesst man durch feine Catgutnähte die Bauchfellwunde.

Falls statt eines hinteren Dreiecks eine Anfrischung des hinteren Umfangs des Scheideneingangs und Vorhofs, also eine Dammplastik zugefügt worden ist, so werden hier eine Anzahl tiefgreifender Quernähte wie auch sonst angelegt und die Wundränder zusammengezogen. Schliesslich ragt die Portio als ein hoher Hügel aus der sagittal verlaufenden Wundlinie hervor, und es handelt sich nun darum, den elongierten Gebärmutterhals zu verkürzen, aber nicht kurzerhand quer zu amputieren, was zu Narbenschrumpfungen führen würde, sondern entsprechend zu verkleinern und die übrigbleibenden Schleimhautflächen als Dreiecke in die Wundlinie einzufügen. Zu dem Zwecke spaltet man den Mutterhals von unten nach oben beiderseits bis etwa 2 – 3 cm. vom innern Muttermund entfernt, schneidet die einzelnen Lappen nach unten konisch zu und lässt von der Cervicalschleimhaut vorne wie hinten kleine dreieckige Stücke von 1,5 cm. Höhe (Länge) stehen; letztere werden dann ectropioniert und an die nächst angrenzenden Wundränder der Scheide durch Nähte befestigt.

Nachbehandlung: Man reponiert nun den Uterus und legt einen Gaze- oder Wattetampon in die nun erheblich verkürzte (verkleinerte) Scheide. Der Tampon bleibt einige Tage liegen. Die Patientin muss mindestens 14 Tage in ruhiger Rückenlage im Bett verharren. In der dritten Woche lässt man sie immer länger aufstehen, aber noch nicht herumgehen, sondern auf dem Sopha liegen. Falls man nicht Catgut benützt hat, werden die Fäden womöglich erst in der dritten Woche entfernt, wenn sie durchschneiden, natürlich früher. Scheidenspülungen werden nicht vorgenommen. Sollte die Wunde wider Erwarten an einer Stelle platzen, so werden zur Beförderung der Secundärheilung täglich frische Wattetampons eingeführt, die mit Ol. therebinth. 1 : Ol. Papaveris 6 getränkt sind. Bei gelungener Wundheilung können die Patientinnen in der vierten Woche entlassen werden, müssen sich natürlich zur Verhütung einer Narbendehnung vorerst noch schwerer Arbeit enthalten.

Der Vorteil, den diese Colporrhaphia vor den bisher üblichen Prolapsoperationen bedeutet, besteht vor allem darin, dass sie sich streng auf anatomischer Grundlage aufbaut, d. h.

sie beseitigt alle anatomischen Veränderungen, die ein Prolaps erzeugt, erstens den Prolaps der vorderen Scheidewand, ferner den der hinteren, schliesslich die Elongatio Cervicis, während andere Methoden sich damit begnügen, einen festen Damm herzustellen, der den prolabierten Uterus tragen event. zurückhalten soll, während sie den Vorfall dieses Organs, sowie den der vorderen Scheidewand nicht in Angriff nehmen. Die Colporrhaphia fusiformis verengert die Scheide in erheblicher Weise, sodass eine Einstülpung von oben nur sehr schwer ermöglicht wird; diese Möglichkeit wird noch mehr verringert dadurch, dass das obere Drittel der Scheide durch Narbengewebe in ein starres Rohr umgewandelt wird. Durch Einheilung der Dreiecke der oberen Cervicalschleimhaut in die Wundlinie wird der äussere Muttermund meist weit und offen gehalten im Gegensatz zu andern Operationen, als deren Folge nicht selten eine Stenose des Cervicalkanals zu verzeichnen ist. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass die Colporrhaphia fusiformis mehrere Operationen ersetzt; bis jetzt waren, um denselben Effekt zu erreichen, mindestens zwei, bisweilen drei Operationen nötig. Es wird dadurch den Patientinnen viel Aufregung, Zeit und Geld erspart, was unzweifelhaft als bedeutender Vorzug der neuen Methode angesehen werden darf.

Nach Schilderung der Methode will ich nun an der Hand von 17 in den Jahren 1897—1900 operierten Fällen den praktischen Erfolg der Colporrhaphia fusiformis prüfen. Die Ergebnisse liessen sich meist durch Nachuntersuchungen der bestellten Frauen, oder wo dies nicht möglich war, durch genaue schriftliche Mitteilung der Operierten ermitteln.

Fall I. Frau B. H. aus W., 30 Jahre alt, in die Klinik aufgenommen am 26. VI. 99.

Anamnese vor der Operation. Die Periode mit 17 Jahren, Heirat im 26. Lebensjahre, 5 Geburten, wovon 4 spontan verliefen, die letzte Schwangerschaft endete mit Abort. Wochenbetten normal. Seit ½ Jahr Vorfallsbeschwerden.

Befund vor der Operation am 26. VI. 99. Der Uterus in Sinistro-Retroflexionsstellung II. Gr. Cervix sehr stark elongiert, mit Prolapsus uteri combiniert, die Vagina sehr weit, die vordere und hintere Wand vollständig prolabiert, Adnexen frei.

Diagnose: Prolapsus uteri et vaginae ant. et post., combiniert mit Elongatio cervicis.

Therapie: Colporrhaphia fusiformis 28. VI. 99. Morphium-Chloroformnarkose. Nahtmaterial: Silberdraht, Catgut. Verlauf der Operation ohne Störung.

Am 9. VII. 99 teilweise Entfernung der Fäden.

17. VII. Vorderer Zipfel ist an den Rändern leicht nekrotisch, deshalb Scheidenausspülungen mit Lysol.

20. VII. Entlassung: Vorderer Zipfel nicht ganz eingeheilt, im Übrigen aber schöne glatte Narbe. Der Uterus in Retroversio II. Gr. Adnexe frei. Vollkommen beschwerdefrei.

Nachuntersuchung im September 1901. Die Patientin fühlt sich seit der Operation sehr wohl. Ihr Aussehen ist stets gut gewesen, sie hat über keinerlei Beschwerden zu klagen und kann ihrer nicht gerade leichten Haus- und Feldarbeit vollkommen nachgehen. Stuhlgang, Wasserlassen etc. ohne Schmerzen. Die Periode ist seit der Operation stets regelmässig. Der Ausfluss ist verschwunden. Patientin machte vor vier Monaten eine Geburt durch, die rechtzeitig eintrat und normal verlief, ebenso ist das Wochenbett gut verlaufen.

Befund: Sept. 1901. Länge der Rima von der Uretra zum frenulum 6 cm, die Perineumlänge 3 cm, die Introitusbreite 3 cm, die vordere Vaginalwand wölbt sich etwas in die Rima pudendi vor. Links von der Portio zieht ein Narbenstrang nach aussen, die Portio selbst ist rechts vorne stark eingekerbt. Der Uterus in Retroflexio II. Gr., die Cavumlänge 6 cm, nirgends Druckempfindlichkeit. Recidiv nicht vorhanden.

Fall II. Frau B. V. aus Sp., 45 Jahre alt; aufgenommen am 18. I. 1900.

Anamnese vor der Operation: Menstruation mit 14 Jahren, stets regelmässig alle 4 Wochen von 3—4tägiger Dauer, ohne Beschwerden. Heirat im 20. Jahre, 8 spontane Geburten, letzte vor 4 Jahren, das Wochenbett verlief stets ohne Störung.

Seit 3 Jahren Gefühl von Schwere im Leib, Patientin bemerkte den Vorfall vor dem Scheideneingang, erschwertes Wasserlassen.

Befund: Der Uterus partiell prolabiert, Cervix sehr stark elongiert, Corpus uteri vergrössert, in Retroflexio II. Gr. Die Cavumlänge 12 cm. Die vordere und hintere Vaginalwand total prolabiert.

Diagnose: Prolapsus uteri incomplet. et Vaginae totalis, Elongatio Cervicis.

Operation: Colporrhaphia fusiformis am 20. I. 00. Verlauf ohne Störung, die Cavumlänge direkt nach Operation 7,5 cm, Heilungsverlauf ohne Störung.

3. II. 00 Aufstehen.

10. II. Entlassung: glatte Narben, nur der vordere Zipfel granulierte leicht. Beschwerdefrei.

Nachuntersuchung fand nicht statt; Patientin beantwortet schriftlich unsere Fragen dahin:

Das Aussehen und Allgemeinbefinden seien trotz der mitunter sehr schweren körperlichen Arbeit sehr befriedigend, sie habe durch die Operation ihre vollkommene Arbeitsfähigkeit wieder erlangt. Von Schmerzen sei sie jetzt vollkommen befreit. Alle Functionen kann sie so gut verrichten, als vor der Krankheit; die unangenehmen Empfindungen beim Stuhlgang und Wasserlassen, die sie während der Krankheit gequält hatten, seien jetzt vollständig verschwunden, auch der Geschlechtsverkehr bereite ihr keine Schmerzen mehr. Die Periode ist nach der Operation immer regelmässig gewesen, alle 4 Wochen mässig reichlich, von 3—5tägiger Dauer. Der Fluor ist jetzt geschwunden. Geburten traten nach der Operation nicht mehr ein. Kein Recidiv.

Fall III. Frau Nic. W. aus F., 46 Jahre alt. Aufgenommen am 6. III. 00.

Anamnese: Die Periode mit 14 Jahren eingetreten, stets regelmässig. Heirat im 25. Lebensjahre. 8 Geburten, wovon 3 mit Zange beendet werden mussten. Wochenbetten ohne Störung. Seit einigen Jahren Schmerzen in beiden Seiten des Unterleibs, Drang nach unten, Blut- und Eiterausfluss aus den Genitalien.

Befund: Die Vulva stark erweitert, die äusseren Genitalien sehr schlaff, die Scheide vorne und hinten vollständig prolabiert, der Cervix verlängert, die Portio hypertrophisch, der Uterus klein, descendiert. Cavumlänge 12,5 cm.

Diagnose: Prolapsus vaginae totalis, Elongatio Cervicis.

Colporrhaphia fusiformis 8. III. 00.

Operation verlief ohne Störung. Cavumlänge direkt nach der Operation 6½ cm, guter Heilverlauf, einmal eine Temperatur von 38,7° ohne nachweisbare Ursache.

20. III. 00. Entfernung der Fäden.

22. III. Aufstehen.

29. III. Entlassung. Nähte sehr schön verheilt, Zipfel gut und glatt eingeheilt.

Auf Wiederbestellung am 12. Sept. 1901 schrieb die Patientin, dass sie sich seit der Operation sehr wohl fühle. Sie sei vollkommen beschwerdefrei, müsse sich allerdings vor allzu schwerer Arbeit hüten. Ausfluss sei nicht mehr vorhanden. Die Periode sei bisweilen unregelmässig gewesen, indem sie etwa ¾ Jahre lang ohne Gravidität ausgeblieben und in letzter Zeit alle 14 Tage, jedoch in sehr geringer Menge, aufgetreten sei. Geburten nach der Operation keine. Kein Recidiv.

Fall IV. Frau Chr. H. aus H., 61 J. alt, aufgenommen am 27. IV. 00.

Anamnese: Die Patientin war früher immer gesund, Periode mit 14 Jahren, stets regelmässig. Im 20. Jahre Heirat, 6 Geburten, darunter 5 spontan, eine mit Forceps. Seit der letzten Geburt stellte sich nach und nach der Vorfall ein, mit heftigen Beschwerden besonders beim Wasserlassen, Harnträufeln. Zeitweise trug die Patientin ein Hysterophor.

Befund: Veralteter Dammriss II. Gr., die vordere und hintere Vaginalwand vollständig prolabiert, der Uterus stark descendiert, sodass das os internum noch vor dem Scheideneingang sich befand, der Cervix sehr stark verlängert, der Uterus in Anteflexio, Cavumlänge 12,5 cm.

Diagnose: Prolapsus Vaginae totalis, Uteri partialis, Elongatio cervicis, Defectus Perinei II. Gr.

Therapie: Colporrhaphia fusiformis I. V. 00. Operation und Heilung ohne Störung verlaufen.

12. V. 00. Zum ersten Male Aufstehen.

17. V. 00. Schleimhautzipfel in Vaginalwunde fast verheilt, Narben glatt. Entlassung.

Nachuntersuchung Sept. 1901. Die Patientin fühlt sich seit der Operation vollständig wohl, ihr Aussehen war seither immer gut. Ihrer Haus- und Feldarbeit, die Patientin gewöhnlich verrichtet, kann sie seit der Operation vollständig wieder nachkommen, nur beim Heben schwerer Lasten empfindet sie Schmerzen im Kreuz, sonst vollkommen beschwerdefrei. Ausfluss, der vor der Operation vorhanden war, ist verschwunden.

Befund: Die Vulva vollständig geschlossen. Die Länge der Vagina von der hinteren Kommissur bis zum äusseren Muttermunde gemessen 9 cm, die vordere Vaginalwand in geringem Grade descendiert, die Portio sehr stark atrophiert, der Uterus atrophisch, in Retroversio ohne Descensus. Die Cavumlänge 6 cm. Adnexe frei.

Fall V. Frau M. H. aus S., 56 Jahre alt, aufgenommen am 9. X. 00.

Anamnese: Die Menstruation trat im 17. Lebensjahre ein. Heirat im 26. Lebensjahre; P. hat 5mal spontan geboren, bei der ersten Geburt manuelle Entfernung der Placenta. Die Wochenbetten ohne Störung verlaufen. Seit 6 Jahren Vorfallsbeschwerden.

Befund: Der Uterus in Retroversionsstellung und stark descendiert, die Portio hypertrophisch, der Cervix bedeutend verlängert, vordere und hintere Vaginalwand total prolabiert.

Diagnose: Prolapsus Vaginae totalis, Descensus Uteri, Hypertrophia der Portio Elongatio Colli.

Therapie: Colporrhaphia fusiformis am 11. X. 00. Verlauf gut.

Nachuntersuchung am 17. Sept. 1901. Allgemeines Wohlbefinden, vollständig beschwerdefrei. Patientin kann ihrer häuslichen Arbeit vollständig nachkommen, sie hat selbst bei schwerster körperlicher Arbeit nie Schmerzen verspürt, Stuhlgang und Wasserlassen spontan und ohne Beschwerden. Ausfluss hat sie seit der Operation nicht mehr gehabt.

Befund: Die Rima pudendi leicht klaffend, die Länge derselben 6 cm. Die Perineumlänge 2 cm. Die Vagina ziemlich weit, Länge derselben 7 cm. Die vordere Vaginalwand hängt ein wenig in das Scheidenlumen hinein und wölbt sich bei Druck auf die Unterbauchgegend etwa in der Grösse eines Hühnereis vor. Die Portio nicht zu tasten. Nach links unten zieht vom Muttermund eine schmale leistenförmige Narbe, ebenso nach rechts unten. Der Uterus nicht vergrössert, nicht descendiert, in Retroflexio II. Gr. Die Cavumlänge 6 cm. Adnexe frei.

Fall VI. Frau K. M. aus K., 35 Jahre alt, aufgenommen am 19. X 97.

Anamnese: Die Periode im 16. Jahre zum ersten Mal, stets regelmässig, von 3—5tägiger Dauer. Heirat im 28. Jahre. Geburten 6, wovon die ersten 5 spontan, die letzte im Jahre 96 mit Forceps erfolgten. Wochenbetten ohne Fieber.

Seit 5 Jahren bemerkte die Patientin den Vorfall, der allmählich wuchs, seit 3 Monaten jetzige Grösse mit starkem Fluor und heftigen Schmerzen beim Gehen und Arbeiten, ebenso beim Stuhlgang und Wasserlassen.

Befund vor der Operation: Die vordere Vaginalwand vollständig prolabiert, die hintere in etwas geringerem Grade, der Uterus stark descendiert, die Maasse des Prolapses waren folgende: Die vordere Länge 8 cm, die hintere 10 cm, die grösste Circumferens 17 cm, Breite 9 cm, Höhe 5 cm. Die Entfernung der Uretra vom Frenulum 13,5 cm, Cavumlänge 11 cm.

Diagnose: Prolapsus Vaginae ant. totalis. et posterior partialis, Prolapsus Uteri incompletus, Elongatio colli.

Therapie: Colporrhaphia fusiformis 28. X. 97. Verlauf gut Sondenlänge des Cavum Uteri bei Entlassung 9 cm.

Näheres über diesen Fall lässt sich nicht berichten, da jegliche Anfrage unbeantwortet blieb.

Fall VII. Frau F. K. aus W., 60 Jahre alt, in die Klinik aufgenommen am 18. XI. 97.

Anamnese vor der Operation: Periode im 14. Jahre, stets regelmässig. Heirat im 24. Lebensjahre, 6 Geburten, darunter 4 spontan, die letzten beiden Schwangerschaften endeten mit Abort, letzter vor 20 Jahren. Wochenbetten ohne Fieber. Seit dem 2. Wochenbett descensus

Uteri, der mit Pessar behandelt wurde, seit 2—3 Jahren Vorfall, der seit 1½ Jahren vor die Schamspalte trat und nur nachts zurückging.

Befund vor der Operation: Die Vagina prolabiert, der Uterus descendiert, das Collum stark elongiert, die Maasse des Vorfalles sind folgende: vordere Länge 7 cm, hintere 5 cm, Breite 4 cm. Die Portio ist ziemlich hypertrophisch, an vorderer Muttermundslippe etwa zehnpfennigstückgrosses Geschwür, Collum ist verlängert, sehr weich. Uterus anteflectiert, mobil, dünnwandig, Cavumlänge 9,5 cm.

Diagnose: Prolapsus Vaginae, Descensus Uteri, Elongatio colli.

Therapie: Colporrhaphia fusiformis 20. XI. 97, nachdem Patientin einige Tage mit Ausspülungen und Glycerintampon behandelt war.

Nachuntersuchung Sept. 1901. Vollkommen beschwerdefrei seit der vor 4 Jahren vorgenommenen Operation, völlig arbeitsfähig, selbst zu den schwersten Arbeiten tauglich. Stuhlgang und Wasserlassen, die ihr vor der Operation heftige Schmerzen bereiteten, ohne Beschwerden, Fluor seit der Operation ausgeblieben.

Befund: Die Schamspalte geschlossen, die Länge derselben 6½ cm. Die Länge des Dammes 3 cm. Die Vagina schlaff, 10 cm lang, nach hinten gegen den Muttermund sich konisch verjüngend. Bei eingeführtem hinteren Scheidenspeculum leichte Vorwölbung der vorderen Scheidewand ins Scheibenlumen bemerkbar. Die Portio nicht fühlbar, der Muttermund etwas nach rechts verlagert und eingezogen, concentrisch zu ihm ziehen einzelne besonders von links kommende Narbenzüge. Der Uterus nicht druckempfindlich, dextroponiert und retrovertiert II. Gr., keinen Descensus, Cavumlänge 6 cm, Adnexe frei.

Fall VIII. Frau G. B. aus H., 65 J. alt, in die Klinik aufgenommen am 7. XII. 97.

Anamnese vor der Operation: Die Patientin menstruierte zum ersten Male im 13. Jahre, stets regelmässig. Mit 22 Jahren Heirat, gebar 4mal, 3mal spontan, darunter ein Totgeborenes, eine Geburt mit Forceps beendet, im Anschluss daran entstand eine Ruptura Perinei II. Gr., die nicht genäht wurde, die letzte Geburt vor 23 Jahren. Die Wochenbetten stets afebril. Im Anschluss an obige Zangengeburt entstand der Vorfall, der stets an Grösse zunahm.

Befund vor der Operation: Die vordere und hintere Scheidenwand vollständig vorgefallen, sodass sie vor der Vulva sichtbar sind. Die Portio, die ebenfalls vor der Vulva sich befindet, ist sehr dick und derb, besonders die hintere Lippe, an dieser ein Ulcus von 3 cm Breite und 1½ cm Höhe. Der Cervix stark elongiert, Uterus descendiert, anteflectiert und dextrovertiert, Cavumlänge 11,5 cm.

Diagnose: Prolapsus Vaginae ant. et post., Descensus uteri, Elongatio Cervicis.

Therapie: Colporrhaphia fusiformis 9. XII. 97. Verlauf ohne Störung.

Heilungsverlauf: Am Abend des ersten Tages schon spontan Urin, in der Nacht darauf öfters Erbrechen. Stuhl auf Senna per os und Klysma. Temperatur immer afebril.

18. XII. 97. Drei Silberdrähte und verschiedene Seidenfäden entfernt.

21. XII. Rest der Fäden entfernt. In Mitte der Wundlinie klafft eine kleine Stelle, Terpentin-Jodoformgaze eingeführt, darauf guter Heilverlauf.

27. XII. 97. Entlassung: Narben gut verheilt, Uterus in Retroflexio (vom Rectum aus fühlbar). Cavumlänge 8 cm.

Antwort auf Fragebogen 15. Sept. 1901. Befinden sehr gut, vollkommen beschwerdefrei, völlig arbeitsfähig, wie in gesunden Tagen, Stuhlgang und Wasserlassen ungestört und seit Operation schmerzlos. Ausfluss ist seit der Operation verschwunden. Kein Recidiv.

Fall IX. Frau R. Sch. aus D., 63 Jahre alt, aufgenommen am 13. XII. 97.

Anamnese vor der Operation: Die Periode trat im 19. Lebensjahre ein, stets regelmässig. Heirat im 26. Jahre, 4 Partus, alle spontan, letzter im Jahre 1869, Wochenbett normal.

Die jetzige Erkrankung im Anschluss an 2. Geburt vor 33 Jahren zuerst bemerkte Hebamme den beginnenden Vorfall. Vor etwa 7 Jahren ist Vorfall complett geworden, die Hebamme führte ein Hodge-Pessar ein, das in 7 Jahren 2mal gewechselt wurde, bei jedem Ringwechsel Scheidenausspülung. Vor etwa 1 Monat fiel Pessar heraus und wurde nicht mehr eingeführt, Prolaps soll darauf rapid bis zu dem Grade gewachsen sein, wie er sich vor der Operation präsentierte. Seit einigen Jahren übelriechender Ausfluss.

Befund vor der Operation: Die vordere und hintere Vaginalwand prolabiert, die Portio stark hypertrophisch und in ihrer grössten Circumferenz erodiert. Der Cervix stark elongiert, an der seitlichen Vaginalwand findet sich ein wohl durch Druck entstandenes Geschwür, infolge mangelhafter Lage des früher getragenen Pessars. Der Uterus klein, anteflectiert; Cavumlänge 9,5 cm. Adnexe frei.

Diagnose: Prolapsus Vaginae ant. et post. Descensus uteri, Elongatio Cervicis.

Therapie: Colporrhapia fusiformis 14. XII. 97. Verlauf derselben ohne Störung.

15. XII. 97. Tampon entfernt, Temperatur afebril. Urin spontan, Stuhl auf Senna.

21. XII. 97. Teilweise Entfernung der Fäden.

24. XII. Die letzten Fäden vollends entfernt.

29. XII. Am vorderen Zipfel klaffen die Wundlinien wenig, an der Spitze des hinteren Dreiecks findet sich eine kleine necrotische Stelle; Terpentin-Jodoformgazetampon.

2. I. 98 Entlassung: Wundlinien am vorderen Zipfel etwas verbreitert, geheilt; an der Spitze des hinteren leichte Granulation, leicht blutend; im Übrigen gute Heilung.

Nachuntersuchung 15. Sept. 1901. Das Befinden so wohl, wie vor der Erkrankung, vollständig beschwerdefrei, Urin und Stuhl gehen spontan und ohne Schmerzen, vollkommen arbeitsfähig Fluor seit der Operation verschwunden.

Befund: Die Schamspalte klafft wenig, Länge 8 cm; Damm ist 2,5 cm lang, Uretralschleimhaut leicht ectropioniert, Vagina kurz, Entfernung von Muttermund zum Frenulum beträgt 6 cm., Form der Vagina konisch, gegen Muttermund sich verjüngend, Portio nicht zu fühlen, Muttermund erweitert, umrahmt von concentrisch ziehenden Narbensträngen, besonders auf der linken Seite, Scheidengewölbe sind nicht vorhanden. Uterus nicht druckempfindlich, nicht descendiert, ziemlich klein, in Retroflexio II. Gr. Cavumlänge 5,5 cm, Adnexe frei. Kein Recidiv.

Fall X. Frau M. Sch. aus W., 60 Jahre alt, aufgenommen am 4. I. 98.

Anamnese vor der Operation: Die Periode trat mit 19 Jahren ein, Heirat im 23. Jahre; 4 Partus, letzter vor 31 Jahren, Wochenbetten afebril. Jetzige Klagen der Patientin datieren seit der letzten Geburt, nach der sich ein Vorfall einstellte, bis vor einem Jahr mit Pessar behandelt, trotzdem stets gewachsen, bis er vor drei Wochen ganz vor die Vulva trat.

Befund vor der Operation: Totaler Prolaps der vorderen, unvollständiger der hinteren Scheidenwand, hinteres Scheidengewölbe ist noch teilweise erhalten. Die Länge der prolabierten vorderen Scheidenwand vom Harnröhrenwulst zum os extern. 10 cm, Entfernung vom Frenulum zum Muttermund 6 cm, Umfang des Prolapses 22 cm. Breite 5,5 cm. Die Portio ist hypertrophisch, der Cervix elongiert, an vorderer und hinterer Muttermundslippe an den einander zugekehrten Flächen 2 starke Erosionen, an unterer Fläche des Prolapses Geschwür, Uterus descendiert, retroflectiert, Cavumlänge 11 cm.

Diagnose: Prolapsus Vaginae ant. et post., Elongatio Colli.

Therapie: Colporrhaphia fusiformis am 4. I. 98. Verlauf gut.

Am 5. I. 98 Erbrechen. Urin spontan. Stuhl auf Kochsalzklysma.

6. I. 98. Gaze entfernt.

15. I. Entfernung sämtlicher Fäden, Wunde glatt verheilt, aus os ext. fliesst etwas Pus.

18. I. Erstes Aufstehen.

25. I. Entlassung, vollständig geheilt.

Nachuntersuchung am 25. Septbr. 1901. Vollkommen beschwerdefrei. Urin und Stuhl spontan ohne Schmerzen, sonst alles in Ordnung. Vollkommene Arbeitsfähigkeit.

Befund: Der Introitus Vaginae klafft wenig, Vagina vorne ziemlich weit, verjüngt sich nach dem Muttermunde; die Entfernung vom Frenulum zum os ext beträgt 5 cm. Vordere Vaginalwand etwas descendiert, hintere normal, die Portio nicht tastbar, an ihrer Stelle ein Grübchen, den Muttermund darstellend, der Uterus senil atrophisch in Sinistroretroversionsstellung, keinen Descensus, die Cavumlänge 6 cm.

Fall XI. Frl. A. K. K. aus L., 26 J. alt, aufgenommen am 18. I. 98.

Anamnese vor der Operation: Die Periode mit 17 Jahren, immer regelmässig, mit 19 Jahren Partus, Kind kam vor Ankunft der Amme, Dammriss II. Gr., nicht genäht; das Wochenbett afebril. Im Anschluss an Geburt Vorfall, der 1893 operiert wurde (nicht mit Colporrhaphia fusiform.), 1/4 Jahr später Influenza mit viel Husten, Erbrechen und Durchfällen, sodass Recidiv auftrat, das sich zum Totalprolaps entwickelte.

Befund vor der Operation (Colporrh. fusif.) 18. I. 98.: Die Vagina sehr kurz, vordere und hintere Wand vollständig vorgefallen, die Portio hypertrophisch, sehr derb, Collum elongiert der Uterus anteflectiert und descendiert, Cavumlänge 12 cm, Adnexe frei.

Diagnose: Recidivierter Prolapsus vaginalis ant. et post., Descensus uteri, Elongatio Cervicis.

Therapie: Colporrhaphia fusiformis 18. I. 98. Verlauf gut.

23. I. 98. Fäden entfernt. Tägliche Tamponade der Vagina mit terpentingetränkter Jodoformgaze.

8. II. 98. Heilung gut, teils per secund. Intentionem. Entlassung.

Nachuntersuchung am 15. III. 98. Die Vulva klaffte ziemlich weit, so dass die hintere Vaginalwand sichtbar ist, Länge der Vagina 3—4 cm. Die Wunde glatt verheilt, vorderer und hinterer Zwickel etwas prominent, Cervicalschleimhaut ectropioniert, der Uterus in Sinistro-Anteversionsstellung, Cavum 7,5 cm. Die Adnexen frei.

Anfrage im Sept. 1901 blieb ohne Antwort.

Fall XII. Frau Fr. M. aus E., 35 Jahre alt, aufgenommen am 6. II. 98.

Anamnese: Die Periode bekam Patientin mit 20 Jahren, Heirat im 28. Jahre, 2 Partus, die normal verliefen, Wochenbetten afebril; die jetzigen Klagen begannen 9 Wochen nach dem ersten Wochenbett mit Vorfallsbeschwerden; der Prolaps wurde dann in der Klinik durch Colporrhaphia post. et ant. beseitigt. Nach dem 2. Partus Recidiv des Prolapses mit sehr heftigen Beschwerden, Vorfall zuletzt nicht mehr reponibel.

Befund vor der 2. Operation (Colporrh. fusif.) am 7. II. 98: Die Vulva klafft sehr stark, vor ihr Scheidewände sichtbar, die Portio

stark hypertrophiert, an hinterer Lippe ein etwa markstückgrosses Geschwür, Cervix elongiert, Uterus anteflectiert, Cavumlänge 11 cm.

Diagnose: Recidiv. Prolapsus vaginae ant. et post., Elongatio colli.

Therapie: Colporrhaphia fusiformis 7. II. 98. Verlauf ohne Störung, am Abend des Operationstages heftige Leibschmerzen, Leib weich, öfters Erbrechen; Kathetrisation, sonst guter Heilungsverlauf.

21. II. Erstes Aufstehen.

23. II. Entlassung, vollständige Heilung.

Nachuntersuchung, 19. Sept. 1901. Das Befinden befriedigend, beinahe beschwerdefrei, nur kurz vor Eintritt der Periode leichte Kreuzschmerzen, Periode selbst immer regelmässig, 3 bis 4 Tage dauernd, nicht besonders reichlich, Geburten hat sie seit der letzten Operation nicht mehr durchgemacht, die Arbeitsfähigkeit ist vollkommen wieder hergestellt.

Befund: Kleine, schmächtige, leidend aussehende Fran; gynäkologischer Befund ergibt wenig klaffende Vulva, die Länge derselben 3,5 cm. Dammlänge 2 cm. Scheidenwände schlaff, Scheide zeigt Trichterform mit der Spitze am Muttermund, vorderes Scheidegewölbe nicht mehr zu fühlen, hinteres ist spurweise vorhanden, an hinterer Wand haselnussgrosser Vorsprung ins Scheidenlumen, die Portio nicht vorhanden, Muttermund sehr klein, Halskanal etwas stenosiert, vor und hinter Muttermund sagittal verlaufende Narben, Uterus nicht druckempfindlich, in Retroversio II. Gr. etwas dextroponiert.

Fall XIII. Fräul. K. K. aus Rh., 65 Jahre alt, aufgenommen 9. II. 98.

Anamnese vor Operation: Die Patientin bekam die Periode mit 18 Jahren, vor 28 Jahren spontane Geburt, Wochenbett ohne Störung. Gewöhnliche Vorfallsbeschwerden.

Befund: Rima pudendi klaffend, vordere und hintere Vaginalwand vorgefallen, Uterus descendiert, retroflectiert, os ext. sehr klein, Cavumlänge 9,5 cm. Adnexe frei.

Diagnose: Prolapsus Vaginae completus, Uteri incomplet. Elongatio Colli.

Therapie: Colporrhaphia fusiformis 11. II. 98. Verlauf ohne Störung, nach Operation 4mal Erbrechen, kein Fieber, Stuhl auf Na Cl-Klysma, am 5. Tag Diarrhoe, darauf 3mal täglich 1,0 Tannalbin.

22. II. 98 sämtliche Fäden entfernt, die zumteil durchgeschnitten hatten, Wundlinie $^1/_2$—$^3/_4$ cm breit, jedoch gut granulierend.

1. III. Entlassen, völlige Heilung.

Antwort auf Fragebogen Ende September 1901: Das Befinden gab nie Anlass zu Klagen, die Patientin muss sich vor sehr schwerer körperlicher Arbeit hüten, leichte kann gut verrichtet werden, vollkommen beschwerdefrei, Fluor seit Operation verschwunden. Kein Recidiv.

Fall XIV. Frau G. Sch. aus B., aufgenommen am 3. III. 98.

Anamnese vor Operation: Die Periode trat mit 17 Jahren ein; Heirat mit 25 Jahren, vier schwere Geburten:

I. Partus: Abort im 3. Monat,
II. „ Forceps,
III. „ Wendung aus Querlage,
IV. „ Frühgeburt im 8. Monat.

Übliche Klagen über Vorfallsbeschwerden.

Befund vor Operation: Die Bauchdecken sehr schlaff, die Vulva klafft 2 cm, die Scheidewände total prolabiert, die Portio sehr stark verdickt, das Os externum erweitert, klaffend, die rechte Hälfte der vorderen Lippe mit Geschwür, der Uterus anteflectiert, vergrössert bis zur Hälfte vor der Vulva, die Cavumlänge 8 cm. Die Adnexe frei.

Diagnose: Prolapsus Vaginae totalis, Uteri incompletus, Elongatio Colli.

Therapie: Colporrhaphia fusiformis 4. III. 98. Verlauf gut, Cavumlänge direkt nach Operation 7 cm.

Heilverlauf: Urin erfolgte am ersten Tag spontan, Stuhl am 2. Tage auf Senna, am 2. und 3. Tage Temperatur von 38,1, sonst Verlauf afebril.

14. III. 98 sämtliche Fäden entfernt, Heilung per primam.

18. III. Aufstehen.

21. III. Entlassung, glatte Wunde, in der Mitte der Narbe sind die Ränder etwa $^1/_2$ cm auseinandergewichen per granulationem geheilt, Schleimhautzwickel gut eingeheilt.

Am 6. V. 98, (2 Monate nach Colporrh. fus.) Colpoperineorrhaphie.

Nachuntersuchung 19. VII. 98. Leichte Leibschmerzen, die letzte Periode vor 14 Tagen, regelmässig, die Vagina ziemlich eng, besonders im oberen Teile trichterförmig zusammentretend, der Uterus klein anteflectiert, sinistrovertiert, etwas druckempfindlich, das os externum für mittlere Sonde durchgängig, das Cavum 5 cm, kein Recidiv, die Adnexen frei.

Antwort auf Anfrage 30. X. 01:

Das Befinden sei seit Operation erheblich besser, jedoch sei sie nicht vollkommen beschwerdefrei, öfters Leibschmerzen; sei könne nur leichte Arbeit verrichten, bisweilen Schmerzen beim Stuhlgang und beim Coitus (Verstopfung), Periode regelmässig, Ausfluss seit Operation verschwunden, bisweilen dränge sich etwas von oben her in die Vagina vor, ohne vor der Vulva je erschienen zu sein, letzteres Gefühl habe sie besonders beim Heben schwerer Lasten.

Fall XV. Frl. Ph. M. aus W., 48 Jahre alt, aufgenommen am 6. V. 98.

Anamnese vor Operation: Die Menses im 19. Jahre, stets regelmässig. Mit 29 Jahren spontane Geburt, das Wochenbett afebril.

Im Jahre 1889 begann der Vorfall, Unregelmässigkeit der Periode, Ausfluss, heftige Schmerzen, ein Jahr vor Operation Menopause.

Befund vor Operation: Die vordere und hintere Wand der Vagina total prolabiert, die Portio hypertrophiert, der Uterus descendiert, anteflectiert, Cavumlänge 8 cm, Adnexe frei.

Diagnose: Prolapsus vaginae totalis, Descensus uteri, Elongatio Collis.

Therapie: Colporrhaphia fusiformis 7. V. 98, im Anschluss daran Colpoperineorrhaphia, Heilung per primam.

Entlassen am 2. VI.

Antwort auf Fragebogen 17. Sept. 1901. Allgemeines Wohlbefinden bei sehr schwerer körperlicher Arbeit, langem Gehen, bisweilen auch bei hartem Stuhlgang Leibschmerzen, sonst beschwerdefrei und vollkommen arbeitsfähig. Ausfluss soll nach der Operation zeitweise verschwunden sein. Kein Recidiv.

Fall XVI. Frau B. Z. aus H., 54 Jahre alt, in die Klinik aufgenommen 6. I. 97.

Anamnese vor der Operation: Die Periode trat im 15. Lebensjahre ein, stets regelmässig; Heirat im 20. Jahre, 7 Geburten, darunter 6 spontane, einmal Forceps, letzter Partus vor 22 Jahren, die Wochenbetten afebril; der Vorfall begann vor 32 Jahren, vor 11 Jahren trug Patientin einige Zeit einen Ring, der wieder entfernt wurde, weil starker Fluor eintrat. Seit August 96 completter Prolaps.

Befund vor der Operation: Starke Adipositas und Laxitas musculorum, gynaekologische Untersuchung ergibt: Vaginalwände sehr stark prolabiert und verdickt, an vorderer Wand etwa wallnussgrosse Cystocele, die Portio hypertrophiert, an der hinteren Lippe 10pfennigstückgrosse Erosion, die verlängerte Cervix ist als dicker Strang durch prolabierte Scheidewände durchzufühlen, Corpus uteri vergrössert, retroflectiert, Cavumlänge 11 cm. Adnexe frei.

Diagnose: Prolapsus vaginae totalis, Descensus uteri, Elongatio Cervicis.

Therapie: Colporrhaphia Fusiformis am 8. I. 97. Verlauf ohne Störung, Cavumlänge direkt nach der Operation 8 cm.

Heilungsverlauf afebril.

9. I. 97. Leibdruckempfindlich: Priessnitzumschläge, innerlich Calomel 0,05, später Senna.

10. I. Leib weich, nicht mehr schmerzhaft, Gazewechsel.

11. I. Eitriger Belag auf der Wunde, täglich terpentingetränkte Gazetampon, Wundränder etwas klaffend, täglich Scheidenspülungen und Terpentingazetampon, wonach Heilung per granulationem erfolgt.

11. II. 97. Colporrhaphia posterior durch zweizipfliche Anfrischung nach Freund, Naht durchgehend, mit chirurg. Draht, Heilung per primam.

20. II. Dammfäden entfernt.

21. II. Vaginalfäden entfernt.

23. II. Entlassung, Wunde glatt verheilt.

Nachuntersuchung am 20. Sept. 1901. Allgemeines Wohlbefinden, vollkommene Arbeitsfähigkeit, Stuhlgang und Wasserlassen spontan, Ausfluss seit der Operation verschwunden.

Befund: Die Vulva klafft wenig, die Länge des Dammes 3 cm, die Entfernung der hinteren Commissur vom Muttermund $5^1/_2$ cm, vordere Scheidenwand etwa nussgross descendiert, ragt ins Scheidenlumen, ist vor der Schamspalte jedoch nicht sichtbar, Scheide ist trichterförmig mit der Spitze gegen Muttermund, Scheidengewölbe sind sehr verkleinert, vorderes fast ganz verschwunden, die Portio ist nicht mehr fühlbar, der Muttermund von radiärziehenden Narben umkränzt, letztere besonders deutlich im hinteren Scheidengewölbe, Uterus sinistro-anteflectiert, Cavumlänge 7,5 cm. Adnexe frei.

Fall XVII. Frau M. Z. aus L, 42 J. alt, in die Klinik aufgenommen am 27. IX. 97.

Anamnese vor der Operation: Die Periode trat im 14. Jahre auf, stets regelmässig, Heirat im 36. Jahre, 2 Partus, erste Zangengeburt, letzte spontan vor $6^1/_2$ Jahren, Wochenbetten ohne Störung verlaufen.

Seit mehreren Jahren, vielleicht im Anschluss an Zangengeburt, Vorfall, anfangs unbemerkt, am Schlusse sehr heftige Beschwerden.

Befund vor der Operation: Die Vulva klafft sehr weit, nach Reposition des Prolapses beträgt die Entfernung der beiden grossen Labien $1^1/_2$ cm. Die Scheidenwände total prolabiert, die Portio sehr stark verdickt, an hinterer Lippe Geschwür von 3 cm Länge und $^3/_4$ cm Breite, Elongatio Cervicis, Maasse des Prolapses: Länge der vorderen Wand 7 cm, der hinteren 5 cm, Querdurchmesser 5 cm. Uterus sinistro-retrovertiert, Cavumlänge 12 cm.

Diagnose: Prolapsus vaginae ant. et post., Elongatio colli.

Therapie: Colporrhaphia fusiformis 29. IX. 97. (Vorher längere Zeit zur Reinigung des Geschwürs täglich Glycerintampon.)

Operation ohne Störung verlaufen, Heilung und Entlassung nach 14 Tagen.

Nachuntersuchung 15. Sept. 01. Das Befinden gut, die Patientin ist vollkommen beschwerdefrei und völlig arbeitsfähig, Periode nach der Operation stets regelmässig. Ausfluss seit der Operation verschwunden.

Befund: Die Schamspalte klafft wenig, Länge der Rima 5 cm, vordere und hintere Scheidenwand hängt leicht ins Scheidenlumen hinein, Damm 3½ cm lang, die Länge der Scheide von der hinteren Commissur zum Muttermund 5 cm, die Form der Scheide ist trichterförmig mit Spitze am Muttermund, Portio ist vorhanden und etwas wulstig, der Muttermund besteht aus breitem Querspalt, der Uterus anteflectiert, sinistrovertiert, Cavumlänge 7½ cm. Adnexe frei. Recidiv nicht vorhanden.

## Ergebnis.

Werfen wir einen kurzen Überblick über die Zusammenstellung, so konnten von 17 in den Jahren 1897—1900 operierten Fällen 9 nachuntersucht werden, von 6 weiteren Fällen konnte man durch Beantwortung eines genau detaillierten Fragebogens Auskunft über das Befinden der operierten Frauen erlangen. Zwei Fragebogen kamen als unbestellbar zurück. Die Fälle, die nach dem Jahre 1900 mit Colporrhaphia fusiformis operiert wurden, fanden für diese Arbeit keine Verwendung, weil die Zeit, die zwischen der Operation und der Nachuntersuchung liegt, zu kurz wäre, um von Dauerresultaten reden zu können.

Von den 17 operierten Frauen befanden sich 8 zur Zeit der Operation vor dem Klimacterium, die übrigen 9 jenseits desselben. Alle hatten vor der Operation Geburten durchgemacht, die meisten sind multiparae, bei 9 Frauen sind schwere Geburten, meist Zangengeburten oder Wendungen, vorangegangen, oft mehrere solcher. In einem Falle erfolgte eine Geburt spontan, ohne dass irgend welche Hilfe zur Hand war und verursachte einen Dammriss III. Gr., der nicht genäht wurde, bei einem andern musste nach der Geburt die Placenta manuell entfernt werden. Soviel wäre etwa in ätiologischer Beziehung zu betonen.

Was die Diagnose vor der Operation anlangt, so lautete sie in 16 Fällen Prolapsus vaginae ant. et post., Elongatio Colli, nur einmal bestand keine Verlängerung des Gebärmutterhalses, zwölfmal wurde vor der Operation ein Tiefertreten des Uterus konstatiert, einmal ein Dammriss III. Gr. Die Operation verlief in allen Fällen ohne Störung. Die Rekonvaleszenz bis

zur Entlassung aus der Klinik dauerte durchschnittlich 14 Tage bis 3 Wochen, nur ausnahmsweise etwas länger. Die Heilung verlief meist tadellos, nur zweimal waren kleine Störungen bei der Einheilung des Zwickel in die Scheidenwände beobachtet; bei einem Falle stieg einige Tage nach der Operation die Temperatur einmal, ohne nachweisbare Ursache, auf 38,7°, sonst ist nie febrile Temperatur vorgekommen.

Das Resultat der Nachuntersuchungen resp. der Nachfragen ist im Allgemeinen in den vorliegenden Fällen — von 2 Fällen lief keine Antwort ein — ein überaus günstiges. Die Zeit, die verfloss zwischen der Operation und der Nachuntersuchung resp. Nachfrage, liegt zwischen 11 Monaten und 4 Jahren 8 Monaten, so dass man wohl das Resultat der Nachuntersuchungen als Dauerresultat bezeichnen kann. Im einzelnen verhielt sich das Resultat folgendermassen: Das subjective Wohlbefinden war bei 15 Frauen ein sehr gutes. Die meisten derselben betonten ganz besonders, dass sie sich seit der Operation sehr wohl fühlten und dankten für die erfolgreiche Operation. Zwei Frauen klagen über leichte Beschwerden, die eine über Kreuzschmerzen, die sich kurz vor der Periode einzustellen pflegen, eine andere über Schmerzen im Leib besonders bei der Cohabitation; im ersten Falle dürften die Schmerzen wohl auf die fehlerhafte Stellung des Uterus, der sich in Retroversionsstellung II. Gr. befindet, zu beziehen sein.

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit teilten 10 Frauen mit, dass sie durch die Operation ihre vollkommene Arbeitsfähigkeit wieder erlangt haben und selbst die schwersten körperlichen Arbeiten ohne irgend welche Beschwerden verrichten können. Bei den übrigen 5 Frauen wurde die Arbeitsfähigkeit durch die Operation soweit wieder hergestellt, dass sie ihrer gewöhnlichen Feld- und Hausarbeit ohne Beschwerden nachkommen können.

Auch das Resultat der lokalen Untersuchung ist sehr befriedigend: ein eigentliches Recidiv ist nicht zu verzeichnen, nur einmal teilt eine Frau, der es nicht möglich war, in die Klinik zu kommen, mit, dass sie beim Heben schwerer Lasten

bisweilen das Gefühl habe, als ob ein Fremdkörper von oben her bis zur Scheide vordringe, jedoch niemals vor den äusseren Geschlechtsteilen gefühlt oder gesehen werden könne. Bei einem nachuntersuchten Falle konnte man in der klaffenden Schamspalte zwei Schleimhautwülste bemerken, die von der etwa wallnussgross vorgestülpten vorderen und etwa haselnussgross vorgestülpten hinteren Vaginalwand herrührten. In 5 Fällen wurden ferner an der vorderen Scheidewand höchstens haselnussgrosse Vorwölbungen ins Scheidenlumen konstatiert. Dies ist der ganze pathologische Befund, der sich bei der genauesten Nachuntersuchung herausstellte; niemals war wieder ein Tiefertreten des Uterus, eine Hypertrophie der Portio, eine Elongatio cervicis oder sonst ein Recidiv zu verzeichnen.

Es ist schliesslich noch zu erwähnen, dass eine Frau, die am 28. VI. 99 operiert wurde, im Mai 1901, also ein Jahr und 11 Monate nach der Operation, ein ausgetragenes, lebendes Kind spontan gebar; unangenehme Komplikationen sind nicht vorgekommen.

Betrachten wir nun kurz das Ergebnis der Colporrhaphia fusiformis im Vergleich zu den Resultaten anderer Prolapsoperationen. In der Schauta'schen Klinik werden 50—70 % Dauerheilung bei Prolapsoperationen je nach der Schwere der Fälle und der angewendeten Methode berechnet, Schulze fand bei 10 Fällen, die wegen Prolaps mit Vaginaefixatio operiert wurden, 8 Recidive, also nur 20 % Dauerheilung. Etwas bessere Resultate weisen die Statistiken von v. Herff auf, der an der Hallenser Klinik die an Prolaps operierten Fälle von 4 Jahren controlliert hat, er findet 30,9 bis 38,1 % Dauerheilung bei den verschiedenen Operationsmethoden, ferner konnte er nur in 37—55 % aller Fälle vollkommene Arbeitsfähigkeit konstatieren; ähnliche Resultate ergeben auch zahlreiche andere Statistiken, deren Aufzählung jedoch zu weit führen würde.

Stellen wir die Statistik unserer Fälle daneben, so sind die Erfolge hier erheblich besser; es ist kein einziges Recidiv zu konstatieren, wenn wir den Begriff Recidiv so auffassen,

wie er in den Statistiken allgemein aufgefasst wird, dass nämlich die descendierten Teile vor die Vulva treten. Bei solcher Auffassung können wir von 100 % Heilung reden. Die Arbeitsfähigkeit ist bei 10 von 15 Frauen eine so vollkommene, dass die schwerste Arbeit ohne Beschwerden verrichtet werden kann, d. h. 75 %; 5 Frauen gaben an, sich vor schwerer körperlicher Arbeit hüten zu müssen, ihrer gewöhnlichen Haus- und Feldarbeit jedoch ohne Beschwerden nachkommen zu können.

Eine kurze Schlusskritik darf demnach wohl mit Recht behaupten, dass die Colporrhaphia fusiformis sowohl theoretisch als auch praktisch einen Fortschritt in der Technik der Prolapsoperation bedeutet und wir möchten glauben, dass unsere Methode besonders in den schweren Fällen mit nahezu vollkommener Umstülpung der Scheide und erheblichen Verlängerung des Gebärmutterhalses vor andern Verfahren sich empfiehlt.

Am Schlusse meiner Arbeit bleibt mir noch die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Kehrer für die liebenswürdige Unterstützung bei der Abfassung sowie für die gütige Übernahme des Referats meinen ergebensten Dank auszusprechen.

# Litteraturangabe.


Berliner klin. Wochenschrift Bd. 35. 1898.
" " " " 40.
Archiv für Gynaekologie " 36. 1889.
" " " " 35 "
Centralbl. für Gynaekol. " 23 1899.
" " " " 2 "
Monatssehrift für Geburtsh. u. Gyn. Bd. 10 Heft IV.
" " " " " 11 " I.
Zeitschrift für Geburtsh. u. Gyn. Bd. 43. 1900.
Deutsche med. Wochenschr. 1895 Nr. 12 u. 13.
Lehrbuch v. Hegar-Kaltenbach.
Fritsch: Lageveränderungen der Gebärmutter. 1881.
Über operat. Behandlung d. Gebärmuttervorfalls, Vortrag v. Dr. Egli-Sinclair, Zürich, gehalten am 24. III. 77.
Sammlung klinisch. Vorträge Nr. 183—184: Über Scheiden- u. Gebärmuttervorfall v. A. Martin.
Zur operat. Behandlung d. Prol. d. Vag. u. Uterus v. Dr. Herm. Lossen.
Principien d. Prolapsbehandlung v. Prof. Dr. Otto Küstner.
Über die primären und definit. Resultate der Prolapsoperation v. Ernst Cohn. Vortrag in Wiesbaden 1887.
Inaug.-Diss. v. Rich. Landfried: Über operat. Behandlung des Prol. uteri et vaginae. Heidelberg. 1891.

# Lebenslauf.

Ich, Friedrich Renz, wurde geboren am 11. Februar 1877 zu Waibstadt und gehöre der evangelischen Konfession an. Ich besuchte zunächst $3^1/_2$ Jahre lang die Volksschule zu Grötzingen bei Durlach, um dann in das Progymnasium in Durlach einzutreten. Hier absolvierte ich die Klassen bis Obersekunda, in Karlsruhe die beiden letzten Gymnasialklassen, worauf ich im Jahre 1896 das Abiturientenexamen bestand.

Meine Medizinstudien begann ich auf der Universität Freiburg i. B., wo ich vier Semester studierte. Im fünften siedelte ich nach Heidelberg über, um hier am Ende dieses Semesters das ärztliche Vorexamen zu machen. Im Wintersemester 1901/2 unterzog ich mich, ebenfalls in Heidelberg, dem medizinischen Staatsexamen, das ich am 28. Februar 1902 beendete. Im Juli desselben Jahres bestand ich das mündliche Doktorexamen in Gynäkologie und Geburtshilfe als Hauptfach, in innerer Medizin, Chirurgie und Hygiene als Nebenfächern.